

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Declaration de maladie

N° W21-809039

166983

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2182 Société : BEN BOUA MAGKA

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BEN BOUA MAGKA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiqué les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-809039

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées  | Nature<br>des soins                               | Coefficient |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |  |
|--|--|---|-------------|--|----------|----------|----------|----------|---|--|---|---|----------|----------|----------|----------|--|
|  |  |   |             |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |  |
|  |  |   |             |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |  |
|  |  |   |             |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |  |
|  |  |   |             |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |  |
| <b>O.D.F.</b><br>Prothèses dentaires   | Détermination du coefficient masticatoire  |   |             |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |  |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> |   | H           |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | G |  | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 |  |
|  | H  |   |             |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |  |
|  | 25533412   | 21433552  |             |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |  |
| 00000000   | 00000000   |   |             |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |  |
| G  |  |   |             |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |  |
| D  | G  |   |             |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |  |
| 00000000   | 00000000   |   |             |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |  |
| 35533411   | 11433553   |   |             |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |  |
| (Création, Remont, adjonction)<br>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession |  |   |             |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |  |
|  |  |   |             |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |  |
| Visa et cachet du praticien attestant le devis   |  | Visa et cachet du praticien attestant l'exécution |             |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |  |

|  |                |                        |     |
|--|----------------|------------------------|-----|
| <b>VOLET ADHERENT</b>  |                | NOM :                  | Mle |
| DECLARATION N°   |                | P 14/0027817           |     |
| Date de Dépôt  | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes |     |
|  |                |                        |     |
| Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois<br>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle |                |                        |     |



P 14 /

27817

DATE DE DEPOT

/ / 201

|  |   |                                 |                  |
|--|---|---------------------------------|------------------|
| <b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>  |   | Mle 02182                       | Signature de<br> |
| Nom & Prénom   |   | BENBOUTA MALIKA                 |                  |
| Fonction   | Retraitée   | Phones                          |                  |
| Mail   |   | malika.sawm@yahoo.com           |                  |
| MEDECIN  | Prénom du patient   |                                 | BENBOUTA Malika  |
| Adhérent   | <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> | Age                             | Date 22/06/2023  |
| Nature de la maladie   |   | Date 1ère visite                |                  |
| Infection à l'oreille moyenne  |   |                                 |                  |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances                      |   |                                 |                  |
|  |   |                                 |                  |
| Nature des actes   | Nbre de Coefficient   | Montant détaillé des honoraires |                  |
| - C S  |   | 100dh                           |                  |
| PHARMACIE  | Date 22-06-2023   |                                 |                  |
| Montant de la facture  | 374,80  |                                 |                  |
| PHARMACIE BELLOUCH<br>Rue 1 N°1 Salmia II Sbata<br>Tél: 05 22 38 36 84 |   |                                 |                  |
| <b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>  |   | Date                            |                  |
| Désignation des Coefficients   | Montant détaillé des Honoraires   |                                 | CACHET           |
|  |   |                                 |                  |
| <b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>  |   | Date                            |                  |
| Nombre   |   | Montant détaillé des Honoraires |                  |
| AM   | PC  | IM                              | IV               |
|  |   |                                 |                  |
| CACHET   |   |                                 |                  |

Dr. Jamal Eddine JOULALI

Médecine générale

Médecin agréé pour la visite médicale

du permis de conduire

Ancien médecin en traumatologie orthopédie

Hôpital Mohammed VI Hôpital Marrakech

Ancien médecin interne aux urgences

Hôpital ben M'sik Casablanca

ECG - Echographie - O<sub>2</sub>

الدكتور جمال الدين جولالي

طب عام

معتمد من طرف وزارة الصحة لتسليم

شواهد طبية لرخصة السياقة

طبيب مقيم سابق بمصلحة العظام والمفاصل

مستشفى محمد السادس مراكش

طبيب داخلي سابق بمستعجلات

مستشفى ابن مسيك الدار البيضاء

تخطيط القلب - الفحص بالصدى - الأوكسجين

Casablanca, le : 22/06/2023 في : الدار البيضاء

PHARMACIE BELLOUCH

Rue 1 N°116 Salmia II Sbata

Casablanca

Tél: 05 22 38 36 84

74,80

109,80

52,80

40,40

32,00

32,00

32,00

32,00

32,00

32,00

32,00

32,00

سالمية 2 شارع الجولان إقامة 95 رقم 01 (بين محطة الوقود بتروم و بريد بنك) - الدار البيضاء

Salmia 2, Av Joulane Imm 95, N°01 ( Entre Station Petrom et Barid Bank ) - Casablanca - Tél.: 05 22 599 006 - Gsm : 06 84 44 20 64



40,00

6/ Encaisse

SV

964

45,00

964

SV

964

374,20

964

964

Dr. Jamal Eddine JOULALI  
Médecin Généraliste Agrégé Pr La Visite  
Médicale du Permis de Conduire  
Salmia 2, Av. Joulali Imm 95, N°01 - Casablanca  
Tél: 05 22 599 006 - Gsm : 06 84 44 20 64

PHARMACIE BELLOUCH  
Rue 1 N°116 Salmia II Sbata  
Casablanca  
Tél: 05 22 38 36 84

EFFIPRED® 20 mg

PFU 480DH00  
EXP 06/2025  
LOT 22012 6

LOT: 220370  
PER: 04-2025  
PPV: 25.00DH